



402832
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/11/2010 4-Data de Autorização 12/11/2010 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7987313 7-Data Validade da Sentença 12/10/11/2011

Dados do Beneficiário:

8-Número da Carteira 101012012527058001011541012 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa TROMBINI EMBALAGENS SA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JOSEANE CARDOSO DOS SANTOS 10/02/1993 14-Telefone 15-Nome do titular do plano EDERSON CORREA DOS SANTOS

Dados do Contratante / Responsável pelo Tratamento

16-Abandonamento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante FACES SERVICIO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA 18-Número no CRO 10449 19-UF RS 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora CNPJ / CPF 19121191074004 22-Nome do Contratado Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN 23-Número no CRO 10449 24-UF RS 25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RPD (I) 81000375-RME 26-Nome do Profissional Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN 27-Número no CRO 10449 28-UF RS 29-Código CBO S (I) 81000375-RME

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glória	42-Assinatura
1-0101	811000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	11	14	1010	0,00	0,00	10	10	10	
2-0101	811000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD	11	14	1010	0,00	0,00	10	10	10	
3-0101	811000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	11	14	1010	0,00	0,00	10	10	10	
4-0101	811000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE	11	14	1010	0,00	0,00	10	10	10	
5-0101												
6-0101												
7-0101												
8-0101												
9-0101												
10-0101												
11-0101												
12-0101												
13-0101												
14-0101												
15-0101												

43-Data Previsão Término do Tratamento 44-Tipo de Abandono 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 5161010 47-Valor Total R\$ 101010 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação Data assinatura na guia original n.º 300622 (em anexo).

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Caimbo da Empresa

2-N^o300622
INTERCÂMBIO



SERVIÇO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA

Telefones: (54) 3261-3313 / (54) 3035-3013

Rua Rui Barbosa, 12 - Sala 201 - 2º andar - Centro - Farrroupilha
facesodonto@gmail.com - www.facesradiologia.com.br

Elisângela Dutra Dossin
CD Radiologista CRORS 10449
Responsável Técnica

Paciente: JOSIANE DOS SANTOS Data: 12/03/20
Dr. (a): Marcela Guimarães Soares Fone: _____

() SOLICITO NOVO BLOCO DE REQUISICION ^{Cirurgia-Dentista} Exames entregues em: () CD
() Filme radiográfico
() E-mail: _____

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CONE BEAM (OP 300 - Instrumentarium)

- ☐ Maxila completa ☐ Com medidas
☐ Mandíbula Completa (sem visualização dos ramos)* ☐ Em oclusão
☐ Hemi-arcada ☐ Imagens em CD- arquivos Dicom
sup. D. () sup. E () inf. D () inf. E () ☐ E-mail: _____
☐ Localizada (indique as regiões a serem realizadas):
D 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 E
8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8
☐ ATM- oclusão e abertura máxima
☐ Localização de dentes retidos ou corpos estranhos. Região do dente: _____
☐ Informações clínicas: _____

* Prezado colega, caso haja necessidade de visualização dos ramos mandibulares, por gentileza, mencione no pedido. Nesse caso, serão realizadas incidências complementares.

RADIOGRAFIAS INTRABUCAIS DIGITAIS

- ☐ Exame Periapical Completo
☐ Exame Periapical Completo com Interproximais
☐ Radiografia Periapical
Permanentes
D 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8
Interproximais: ☒ Molares Direito ☒ Molares Esquerdo
☒ Pré-Molares Direito ☒ Pré-Molares Esquerdo
Decíduos
D 55 54 53 52 51 | 61 62 63 64 65 E
85 84 83 82 81 | 71 72 73 74 75
☐ Técnica de Localização de dentes retidos e/ou corpos estranhos
☐ Região: pesquisa de cáries ou lesões

RADIOGRAFIAS EXTRABUCAIS DIGITAIS

- ☐ Panorâmica ☐ Topo
☐ Oclusão
☐ Para Implante (com traçado computadorizado) Região de: _____
☐ Motivo da solicitação / breve história clínica: _____
☐ Telerradiografia: ☐ Frontal ☐ Sem Análise
☐ Lateral ☐ Análise Especificar a Análise: _____
☐ C7
☐ ATM (Boca Aberta e Fechada)
☐ Radiografia da Mão e Punho com índice carpal
Outra Técnica: _____